



Les stratégies comportementales et cognitives dans l'anxiété

Christine Mirabel-Sarron *

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont largement proposées depuis les années 1960. Leurs bases théoriques découlent directement du savoir scientifique issu de la psychologie expérimentale dans les domaines des émotions et de l'apprentissage des comportements (théories du conditionnement classique, opérant, social et cognitif). Si historiquement la psychiatrie de l'enfant avec les troubles phobiques invalidants a été la première à bénéficier de cette approche scientifique,¹ elle s'est ensuite appliquée à d'autres souffrances psychologiques de l'enfant et de l'adulte, comme d'autres troubles anxieux tels que les troubles paniques, l'agoraphobie, les troubles obsessionnels compulsifs, les phobies sociales, les états de stress post-traumatiques.² Comme pour toute démarche d'aide psychologique, l'indication de thérapie est posée après plusieurs entretiens préliminaires.^{3,4} Un premier temps consiste en un recueil de données cliniques, anamnestiques, des attentes du sujet. Ces premières informations peuvent être complétées

par la passation d'échelles ou de questionnaires. Le premier entretien clinique se poursuit par une démarche spécialisée appelée analyse fonctionnelle (qui ne peut être pratiquée qu'après une formation solide en TCC). Elle permet une analyse synchronique et diachronique des difficultés du patient. Elle se conclut par une hypothèse fonctionnelle de la constitution et du maintien des troubles, et permet ensuite de choisir les orientations thérapeutiques.

Le cas de Marie

Marie, 35 ans, consulte à la suite de l'apparition d'attaques de panique qui sont de plus en plus fréquentes et ont réduit tous ses déplacements. Tous les lieux où elle a fait des attaques de panique sont évités. On peut alors parler d'attaques de panique avec agoraphobie secondaire. Elle ne peut plus sortir seule de chez elle. Elle est en arrêt de travail.

Analyse fonctionnelle synchronique

Les situations déclenchant les attaques de panique : toutes les situations qui impliquent une distance par rapport à l'endroit rassurant que constitue le domicile. Ainsi, se promener (avec une anxiété proportionnelle à la distance d'avec la maison), se rendre à son travail (distant de

15 minutes à pied, environ), aller dans les magasins et les petites surfaces de son quartier.
Les émotions ressenties : anxiété de type panique, honte.
Les sensations physiques ressenties : oppressions thoraciques, palpitations, chaleur et sueurs puis sensation de grande faiblesse, vertiges.
Les cognitions ou pensées concomitantes à l'anxiété : elle se dit qu'elle « va manquer d'air, que son cœur va éclater ». Quand elle sent sa tête tourner, elle pense qu'il peut lui arriver un accident au cerveau.
Les comportements insatisfaisants : évitement et échappement des situations anxiogènes, ainsi elle rentre plus vite au domicile si des symptômes de panique surviennent ; utilisation d'objets contraphobiques (sac à dos avec une petite bouteille d'eau ; aliments sucrés en permanence ; présence d'un comprimé d'anxiolytique dans sa poche [qu'elle serre dans sa main] ; téléphone portable dans sa veste...).
Les conséquences : arrêt de travail depuis plus d'un mois ; perte de contact avec ses amis.
Les anticipations sont permanentes ; elle imagine qu'elle va ressentir les symptômes de panique quand elle est seule. Elle est devenue hypervigilante aux symptômes physiques.

Analyse fonctionnelle diachronique

Sa mère a un probable trouble anxieux généralisé. Fille unique, elle décrit sa mère comme hyperprotectrice. Aucun facteur déclenchant n'est retrouvé à l'entretien exploratoire, ni personnel, ni affectif, ni professionnel, ni familial, ni symbolique. Aucune consommation de tabac, ni alcool, ni addiction.

existe un risque élevé d'avoir un trouble anxieux significatif. Par un entretien, le clinicien apprécie globalement s'il s'agit d'une anxiété légère, moyenne ou sévère. Dans les formes mineures d'anxiété, une prescription médicamenteuse n'est pas indispensable. Dans les formes avérées moyennes et surtout sévères, voire graves ou handicapantes, la prescription est souvent un recours obligé.

Traitement de l'anxiété aiguë et subaiguë

Les benzodiazépines restent les médicaments références du traitement de l'anxiété aiguë et subaiguë. Elles sont indiquées

dans tous les troubles anxieux comme traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou douloureuses. Toutes les benzodiazépines ont, à dose équivalente, une efficacité comparable. Compte tenu de leur risque d'induire une dépendance, les modalités d'arrêt des traitements doivent être envisagées dès leur prescription. En cas de manifestations anxieuses discontinues, fluctuantes ou récurrentes, il est possible de prescrire une benzodiazépine « en aigu » en utilisant un produit d'action rapide et de demi-vie brève pour soulager rapidement les manifestations anxieuses tout en évitant une exposition continue au médicament. La prescription se fait donc pour une période courte, de 2 semaines au maximum.

* Hôpital Sainte-Anne, clinique des maladies mentales et de l'encéphale, université Paris-V-René-Descartes, 75674 Paris Cedex 14. s.kielt@ch-sainte-anne.fr

Notre compréhension du trouble au regard des lois du conditionnement classique, opérant, social et cognitif conduit à une anxiété sociale acquise par défaut de *modeling** dans les premières années (famille très protectrice, peu d'échanges et de communication intrafamiliale, peu de relations avec l'extérieur), avec un apprentissage cognitif centré sur la potentielle dangerosité du monde extérieur (discours de la mère qui verbalise toutes ses inquiétudes à sa fille).

Sur ce terrain d'anxiété sociale, la première attaque de panique survient, en situation sociale, dans la rue, en se rendant à son travail. Les attaques de panique se déclenchent – par conditionnement intéroceptif – à partir du moindre signe physique évocateur d'attaque de panique. Ainsi, des situations de plus en plus nombreuses sont évitées pour ne pas ressentir de signes physiques. C'est alors le stade de l'agoraphobie. L'attitude de l'entourage est très protectrice, l'accompagnant et favorisant le maintien des troubles.

L'anxiété sociale paraît alors au second plan derrière l'aspect massif de l'agoraphobie. Cette jeune femme est surtout gênée par l'anticipation anxieuse d'une attaque de panique qui empêche quasiment tout déplacement et toute interaction sociale par peur de ne pouvoir s'échapper de la situation en cas de symptôme de panique. Nous proposons de débiter par le traitement des attaques de panique avec agoraphobie et

* Le modeling, ou apprentissage par imitation, est l'acquisition d'une compétence par imitation d'un modèle. Dans un cadre thérapeutique, un modèle a un comportement à imiter (modelage positif) ou à éviter (modelage négatif). Par exemple, comment exprimer une idée dans un groupe, comment aborder d'autres personnes inconnues...

d'envisager dans un second temps le traitement de l'anxiété sociale, si la patiente en ressent le besoin. Cette conceptualisation a intégré les facteurs psychologiques et environnementaux passés et actuels contribuant à la souffrance de la patiente. Nous y intégrons également des facteurs biologiques, car de nombreuses études ont montré que les sujets paniqueurs sont hypersensibles au dioxyde de carbone. Pour Donald Klein,^{5,6} ces sujets auraient une hypersensibilité du centre de la suffocation, situé dans le système nerveux central et sensible aux taux de CO₂ et de lactate.

Prise en charge proposée

Nous proposons tout d'abord une prise en charge des attaques de panique (information sur les liens entre les symptômes de panique et l'anxiété, avec apprentissage en séance d'une technique de contrôle ventilatoire ; apprentissage de la relaxation ; apprentissage du contrôle des sensations physiques de l'attaque).

La prise en charge de l'agoraphobie, par exposition graduée aux situations anxiogènes (en imagination, puis « en réalité » en ayant recours au contrôle respiratoire).

Ces techniques de contrôle respiratoire couplées à la relaxation ont permis de faire disparaître les attaques de panique en 6 semaines environ.

La difficulté de la thérapie a résidé dans la bonne estimation de l'anxiété sociale associée, et la prise en compte de la personnalité de Marie, exigeante vis-à-vis d'elle-même, qui voulait toujours « *bien faire* », mettant en péril ainsi la thérapie. En effet, ne pas réussir, ne pas bien faire est considéré par elle comme un échec, comme une honte, une culpabilité par rapport

à un soignant qui veut l'aider.

Marie est estimée aujourd'hui guérie de ses attaques de panique et de son agoraphobie.

Conclusion

Au total, les thérapies comportementales et cognitives représentent des démarches d'aide psychologique structurée, facilement utilisables par le patient et dont les résultats thérapeutiques sont très favorables. Si le résultat attendu chez un patient anxieux est une diminution, voire une rémission totale de sa souffrance anxieuse spécifique, il ne s'agit pas pour autant d'enlever un symptôme comme il pourrait en apparaître, mais de développer chez ce sujet différentes compétences psychologiques qu'il peut utiliser et qui rendront la phobie ou toute autre manifestation de l'anxiété de moins en moins utile ? •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Mirabel-Sarron C, Vera L. Les techniques de thérapies comportementales. EMC Elsevier Masson SA. Psychiatrie. 2008. Paris.
2. Samuel-Lajeunesse B, Mirabel-Sarron C, Vera L, et al. Manuel de thérapie comportementale et cognitive (2^e éd). Paris : Dunod, 2004.
3. Vera L, Mirabel Sarron C. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive. (2^e éd). Paris : Dunod, 2004.
4. Vera L, Mirabel-Sarron C. Psychopathologie des phobies, Paris : Dunod, 2002.
5. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndrome. Psychopharmacologia 1964;43:213-21.
6. Klein DF. Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. Am J Psy 2000;157:1204-11.
7. Mirabel-Sarron C. Les thérapies comportementales et cognitives. Dossier FMC. Quot Med 2006, n° du 4-5 février.

En cas de manifestations anxieuses plus intenses et/ou plus permanentes mais ne relevant pas d'autres thérapeutiques, une benzodiazépine peut être prescrite pour quelques semaines (12 semaines au maximum) à la dose minimale efficace.

Dès le début du traitement, la réduction progressive des doses doit être programmée, expliquée et approuvée par le patient afin de minimiser les risques au sevrage et de s'assurer de l'arrêt effectif du traitement après quelques semaines (tableau 2). Les benzodiazépines à demi-vie longue sont ici privilégiées.

D'autres médicaments à effet anxiolytique sont utilisables : éti-foxine (Stresam), hydroxyzine (Atarax), buspirone (Buspar). Si leur tolérance est bonne, il faut suivre schématiquement les

TABLEAU 2 Exemple de réduction de dose d'une benzodiazépine à demi-vie longue prescrite à la dose de 40 mg sur une période de 8 semaines

Réduction d'environ un quart de la dose initiale par semaine, avec un palier supplémentaire de 2 semaines pour le dernier quart ; il est préférable de conserver les prises du soir.									
Semaine	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Matin	10	10	5						
Midi	10								
Soir	20	20	20	20	10	10	5	5	0